

2.4 SAÚDE E VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO BRASIL: MARCOS NORMATIVOS DE PREVENÇÃO E DESAFIOS

*Tais Cerqueira Silva*³⁰

*Mariana Fernandes Távora*³¹

No ano de 1983, o tema da violência contra a mulher aparece no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), incorporando direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, na tendência do movimento feminista mundial (MINAYO, SOUZA, SILVA e ASSIS, 2018). Em 2004, o PAISM é transformado em Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), no qual se dá prioridade à assistência a mulheres e adolescentes em situação de violência (MINAYO et al., 2018).

Ao longo dos últimos 18 anos, o Brasil promoveu diversos avanços no campo normativo, assumindo, na esteira de legislações internacionais, a necessidade de que a violência de gênero, como problema social e grave violação de direitos humanos, receba atenção exclusiva na saúde pública (SCHRAIBER, 2001; BRASIL, 2019). Os marcos normativos brasileiros se distribuem em legislações e normas técnicas voltadas para a prevenção primária, secundária e terciária. Neste texto serão exploradas de forma breve algumas das principais normatizações brasileiras de prevenção à violência contra as mulheres.

No campo da prevenção primária, observa-se atenção voltada para fins epidemiológicos já que, no ano de 2003, torna-se obrigatória a notificação de casos de violência contra a mulher com o objetivo de compartilhamento de informações dentro do sistema sanitário, por meio da Lei n. 10.778/2003 (BRASIL, 2003).

Da promulgação da Lei n. 10.778/2003 até 2018 já foram notificados um total de 1.282.045 casos de violência contra mulheres, crianças, pessoas idosas, indígenas e população LGBTI (BRASIL, 2019). É importante notar que embora a lei esteja em vigor desde 2003, o sistema de Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA/SINAN) começa a ter registro de violências contra a mulher a partir de 2009. Somente em 2011, com a publicação da Portaria MS/GM n. 104, de 25 de janeiro de 2011, a notificação torna-se efetivamente compulsória em todo o território nacional (BRASIL, 2019).

30 Psicóloga clínica, Mestre em Estudos sobre a Mulher pela *Lancaster University* e Doutora em Políticas Sociais pela *University of Bristol*.

31 Promotora de Justiça, Coordenadora do Núcleo de Direitos Humanos do Ministério Público do DF, Mestra em Família e Gênero pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.

Além do aumento do número de notificações, ocorreu também nesse período o crescimento do número de municípios notificantes, ou seja, aqueles que apresentavam pelo menos uma notificação de violência contra mulher no ano (Ministério da Saúde, 2019). Em 2011, 38% dos municípios realizaram notificação de violência contra mulher e, em 2018, 79% (BRASIL, 2019).

No período de 2011 a 2018, mais da metade das notificações (53,4%) corresponderam a mulheres jovens na faixa etária de 15 a 39 anos. Entre as crianças de 0 a 9 anos, ocorreu elevada proporção de negligência/abandono (34,5%), seguida pelas violências sexuais (29,8%). Entre as adolescentes de 10 a 14 anos, a violência sexual foi o tipo mais notificado (42,3%). Nas faixas etárias de 15 a 29 e de 30 a 59 anos, houve destaque para a violência física, com proporções de 60,3% e 62,3%, respectivamente. Na faixa de 60 anos ou mais, as violências físicas foram as mais notificadas (43,4%), porém com destaque também para a negligência/abandono (25,0%) (BRASIL, 2019).

No eixo da prevenção secundária, o Decreto n. 7.958, de 13 de março de 2013 (BRASIL, 2013) inaugura diretivas para que o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) seja pautado pelo atendimento humanizado e pela escuta qualificada³². Passo significativo para o enfrentamento da violência sexual pelo sistema de saúde foi dado com a edição da Lei n. 12.845/2013, que tornou obrigatório e integral o atendimento de pessoas em situação de violência sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013a).

Após a promulgação da referida legislação, o Ministério da Saúde incluiu no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) o serviço especializado de atenção a pessoas em situação de violência (código 165), o que viabilizou a oferta dos seguintes serviços direcionados à violência de gênero: i) atenção integral a pessoas em situação de violência sexual (código 286); ii) atenção ambulatorial a pessoas em situação de violência sexual (código 425); e iii) interrupção da gestação prevista em lei (casos de estupro e de anencefalia fetal, num total de 101 estabelecimentos)³³. A possibilidade de cadastramento do serviço por especialidade constituiu grande avanço para as políticas de prevenção à violência sexual dado que, uma vez cadastrado no CNES, o serviço recebe recursos públicos para desenvolver suas atribuições.

Referidos serviços registraram tendência de aumento entre 2014 a 2018, com exceção dos relacionados à atenção ambulatorial, que apresentaram decréscimo a partir de 2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). No entanto, o crescimento verificado apresentou dis-

32 Antes da promulgação do referido decreto, diretrizes para o atendimento humanizado e não revitimizador já eram disponibilizadas para profissionais da saúde, por meio da “Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” (PEDROSA et al, 2012), cuja primeira edição foi publicada em 1999.

33 Informações obtidas do website: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 2 mar. 2020.

paridades regionais, nomeadamente no nordeste brasileiro, onde foi possível verificar capitais sem nenhum serviço cadastrado (BRASIL, 2018).

Para além da criação do serviço, necessário ter lentes voltadas para a sua qualidade, dentro dos critérios do que se compreende como boa governança, a exigir do gestor público: transparência (*openness*), integridade (*integrity*) e a responsividade (*accountability*) (CADBURY, 1992). Como bem afirma Tejedad (2012), não basta previsão normativa da proteção social (garantia de direitos), fazendo-se imperioso que ela se materialize com eficiência. Exemplo de não correspondência entre direitos previstos e direitos prestados é a pesquisa encetada no ano de 2018 e ainda em andamento e conduzida pelo Setor Psicossocial do Ministério Público do DF (MPDFT)³⁴. Seus resultados preliminares apontam que o nível de estruturação dos serviços de atenção integral a pessoas em situação de violência sexual, familiar e doméstica no DF, conquanto tenha se expandido em termos de unidades assistenciais, ainda não são proporcionais ao crescimento das notificações registradas no Sistema de Informações sobre Agravos de Notificações (SINAN) no DF, apresentando também deficiências no que diz respeito aos recursos humanos.

Para além disso, no referido estudo foi possível verificar atraso na institucionalização dos serviços de atenção à violência sexual, familiar e doméstica, que eram tão-somente previstos como programas, recebendo a qualificação de serviços somente no ano de 2019, por meio da Portaria n. 942, de 18 de novembro de 2019 (DISTRITO FEDERAL, 2019). Conferir institucionalização aos serviços é passo essencial para garantir-lhes perenidade.

No âmbito da resposta à prática da violência (prevenção terciária), entre os anos de 2013 e 2019, o enfrentamento à violência contra a mulher no setor da saúde teve novos importantes avanços normativos, tais como: i) a Lei n. 13.239, de 30 de dezembro de 2015, que trouxe a oferta e a realização, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de cirurgia plástica reparadora de sequelas de lesões causadas por atos de violência contra a mulher (BRASIL, 2015b), regulamentada pela Portaria Interministerial n. 331, de 8 de março de 2016 (BRASIL, 2016); ii) o Decreto n. 7.958/2013, que estabeleceu diretrizes para atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais da rede de atendimento do SUS (BRASIL, 2013); iii) a Portaria Interministerial SPM/MJ/MS n. 288/2015, que trouxe orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do SUS quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios (BRASIL, 2015); iv) a Portaria n. 1.662/2015, que definiu critérios de habilitação para realização de coleta de vestígios de violência sexual no SUS (BRASIL, 2015a).

34 O estudo em comento foi solicitado no âmbito do procedimento administrativo n. 08190.168529/17-81, em trâmite no NEVESCA/MPDFT, instaurado para acompanhar os Programas de Pesquisa, Assistência e Vigilância às Violências – PAVs, hoje, transformados em Centros de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica – CEPAV.

Por fim, ainda dentro do campo da prevenção terciária, é preciso lembrar a recente sanção da Lei n. 13.931/2019 (BRASIL, 2019), que obriga os profissionais de saúde a realizarem a comunicação externa à autoridade policial, em todos os casos em que houver suspeita ou confirmação de violência contra a mulher. A lei está vigente desde 10 de março de 2020, mas ainda demanda a publicação pelo Ministério da Saúde de orientações para os profissionais de saúde nos casos de comunicação externa para situações de violência contra a mulher. Segundo o previsto na legislação, são objetos de notificação compulsória os seguintes tipos de violências: *i*) caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades; *ii*) caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Não obstante o avanço do Estado brasileiro com as citadas normativas, para atenção integral das mulheres em situação de violência no setor da saúde, ainda se apresentam alguns desafios, a saber: *i*) integrar a rede de saúde às demais redes envolvidas no enfrentamento à violência contra as mulheres (assistência social, segurança pública, justiça); *ii*) capilarizar a atenção a mulheres em situação de violência no setor da saúde (incluindo de forma efetiva a atenção primária e a rede de atenção psicossocial/saúde mental); *iii*) definir diretrizes para gestão de riscos nos estabelecimentos de saúde, visando à prevenção do feminicídio (em especial, o íntimo); *iv*) capacitar profissionais da saúde mental para a assistência em casos de violência sexual (em especial, profissionais atuantes na rede de atenção psicossocial); *v*) garantir o atendimento das vítimas indiretas do feminicídio na rede de saúde; *vi*) garantir o atendimento aos diversos tipos de violência contra as mulheres nos serviços especializados de atenção à violência sexual (cadastrados no CNES); *vii*) implementar a Lei n. 13.931/2019, que dispõe sobre a comunicação externa do setor saúde à autoridade policial em casos de violência contra a mulher, bem como definir o alcance da referida comunicação; *viii*) conferir estrutura (recursos humanos e materiais) aos serviços de atenção integral a pessoas em situação de violência sexual, familiar e doméstica; *ix*) fomentar a institucionalização dos serviços especializados de atenção a pessoas em situação de violência para garantir a perenidade da política pública de prevenção à violência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes, 2011 a 2017. **Boletim Epidemiológico**, v. 49, n. 27, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf>>

BRASIL. **Decreto n. 7.958, de 13 de março de 2013.** Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. 2013. Disponível em: <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/1034354/decreto-7958-13>>

BRASIL. **Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003.** Estabelece a notificação compulsória, no caso de violência contra a mulher, que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. 2003. Disponível em: <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/98170/lei-10778-03>>

BRASIL. **Lei n. 12.845, de 1º de agosto de 2013.** Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. 2013a. Disponível em: <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/1035667/lei-12845-13>>

BRASIL. **Lei n. 13.931, de 10 de dezembro de 2019.** Altera a Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. 2019. Disponível em: <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/791163147/lei-13931-19>>

BRASIL. **Lei n. 13.239, de 30 de dezembro de 2015.** Dispõe sobre a oferta e a realização, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, de cirurgia plástica reparadora de sequelas de lesões causadas por atos de violência contra a mulher. 2015b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13239.htm>

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>

BRASIL. **Portaria Interministerial n. 331, de 8 de março de 2016.** Define as diretrizes para a implementação da Lei n. 13.239, de 30 de dezembro de 2015, que dispõe sobre a oferta e a realização, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de cirurgia plástica reparadora de sequelas de lesões causadas por atos de violência contra a mulher. 2016. Disponível em: <<http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2016/03/ok-portint331.pdf>>

BRASIL. **Portaria Interministerial SPM/MJ/MS n. 288, de 25 de março de 2015.** Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios. 2015. Disponível em: <https://www.tjsp.jus.br/Download/Pdf/Comesp/Portarias/Portaria288_2015.pdf>

BRASIL. **Portaria n. 1.508, de 1º de setembro de 2005.** Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS e revoga o normativo que menciona. 2005. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=461754&filename=LegislacaoCitada+-PDC+42/2007>

BRASIL. **Portaria n. 1662, de 2 de outubro de 2015.** Define critérios para habilitação para realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no Sistema Único de Saúde (SUS), inclui habilitação para realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no Sistema Único de Saúde (SUS), inclui habilitação no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e cria procedimento específico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS. 2015a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1662_02_10_2015.html>

BRASIL. **Violências contra mulheres:** análise das notificações realizadas no setor saúde do Brasil, 2011-2018. Boletim Epidemiológico, v. 50, n. 30, Ministério da Saúde,- Coordenação-Geral de Vigilâncias de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS/MS), 2019. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/novembro/07/Boletim-epidemiologico-SVS-30.pdf>>

CADBURY COMMITTEE. **The report of the committee on financial aspects of corporate governance.** Londres: Cadbury Committee. 1992.

DISTRITO FEDERAL. **Portaria n. 942, de 18 de novembro de 2019.** Institui o Centro de Especialidades para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica – CEPAV. 2019. Disponível em: <http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/548420ae0a9d46a1bfd41da1c4ebdf6f/ses_prt_942_2019.html>

FRANÇA, A. et al. **Atenção humanizada ao abortamento:** norma técnica. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. 2014. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/01/Aten%C3%A7%C3%A3o-humanizada-ao-abortamento-2014.pdf>>

MINAYO, M. C. S; SOUZA, E. R.; SILVA, M. M. A; ASSIS, S. G. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, 2007-2016. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>>

PEDROSA, A. A. et al. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes:** norma técnica. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>

SCHRAIBER, L. B. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? **Revista USP**, v. 51, p. 104-11, 2001.

TEJADAS, S. S. **O direito à proteção social no Brasil e sua exigibilidade**: um estudo a partir do Ministério Público. Curitiba: Juruá, 2012.

YAMAMOTO, A. et al. **Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**: norma técnica. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Secretária de Políticas para as Mulheres/PR, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf>